UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 17

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES

KYSTES CONGÉNITAUX

DE LA

RÉGION LATÉRALE DU COU

(REVUE GÉNÉRALE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1911

PAR

Z. AGACIANTZ

Né à Tiflis (Russie), le 24 Janvier 1882

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur
RICHE, Agrégé
MASSABUAU, Agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1911

LES
KYSTES CONGÉNITAUX
DE LA
RÉGION LATÉRALE DU COU
(REVUE GÉNÉRALE)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 17

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES

KYSTES CONGÉNITAUX

DE LA

RÉGION LATÉRALE DU COU

(REVUE GÉNÉRALE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1911

ACAD
GOUBAL
BIBL.

PAR

Z. AGACIANTZ

Né à Tiflis (Russie), le 24 Janvier 1882

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur
RICHE, Agrégé
MASSABUAU, Agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TÉDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✲)
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladiesmentales et nerv.	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✲).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agr. libre
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LAGRIFFOUL.	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU.
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIÈRE.
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE.
LEENHARDT	DELMAS (Paul)-	FLEIG chargé des fon

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président*.	MM. RICHE, *agrégé*.
ESTOR, *prof.*	MASSABUAU, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A CEUX QUE J'AIME

Z. AGACIANTZ.

A MON PRESIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Z. AGACIANTZ.

LES

KYSTES CONGÉNITAUX

DE LA

RÉGION LATÉRALE DU COU

(REVUE GÉNÉRALE)

INTRODUCTION

Beaucoup de choses ont été dites et écrites sur les kystes congénitaux de la région latérale du cou. Leur anatomie pathologique et leur pathogénie ont soulevé et suscitent encore des discussions doctrinales auxquelles s'attache le plus grand intérêt. D'autre part, dans la littérature qui les concerne, la place qu'occupe l'école montpelliéraine, avec les travaux de Vialleton, Forgue, Jeanbrau, Estor, Massabuau est une des plus en vue. Cette double raison suffit à expliquer pourquoi cette question, lorsqu'un de nos maîtres nous l'a proposée comme sujet de notre travail, nous a tout de suite vivement séduit.

La diversité des types anatomiques, les divergences des auteurs au sujet de la pathogénie, les caractères cli-

niques mal dissociés encore de ces kystes congénitaux du cou, font par ailleurs de cette question une des plus complexes qui soient. C'est pourquoi nous avons pensé qu'une *Revue générale* des nombreuses publications parues, des faits acquis et des théories proposées, pouvait constituer un but modeste, il est vrai, mais nous l'espérons utile, à notre thèse inaugurale.

C'est l'anatomie pathologique que nous prendrons comme base de notre étude. C'est elle en effet qui, seule, permet de mettre de l'ordre parmi les nombreuses espèces de kystes congénitaux ; leur classification, pour être quelque peu nette et précise, ne peut se fonder que sur les caractères anatomo-histologiques. C'est d'elle aussi que découlent les théories pathogéniques et, jusqu'à un certain point, la séméiologie de l'affection. Le premier chapitre sera donc un chapitre d'anatomie pathologique.

Un chapitre d'historique et de pathogénie viendra ensuite, dans lequel nous montrerons comment ont évolué les idées des auteurs sur la nature de ces kystes.

Les derniers chapitres de notre étude seront consacrés à leurs caractères cliniques. Après avoir fait la séméiologie et le diagnostic, après avoir établi le pronostic, les indications et le traitement, nous résumerons brièvement sous forme de conclusions les idées actuelles sur les kystes congénitaux de la région latérale du cou.

Mais avant d'entreprendre cette étude, nous avons un devoir bien agéable à remplir : nous devons remercier tous les maîtres qui se sont intéressés à nous dans le courant de nos études et qui nous ont guidé de leurs conseils.

Monsieur le professeur Forgue nous a fait le grand honneur de présider notre thèse. Nous avons été vivement

intéressé dans la fréquentation de son service. Nous garderons toujours de ce maître un souvenir plein de sympathie et de reconnaissance.

Nos remerciements iront également à Monsieur le professeur Estor. Son enseignement chirurgical a été pour nous grandement profitable. Nous le prions d'accepter ici l'expression de notre sincère gratitude.

Que M. le professeur agrégé Riche veuille bien nous permettre de lui adresser tous nos remerciements pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné. Ses consultations ont été pour nous très instructives. L'examen de nombreux malades fait sous sa direction, a puissamment contribué à notre éducation chirurgicale.

Nous sommes enfin très heureux de remercier particulièrement M. le professeur agrégé Massabuau de son amabilité à notre égard. Nous lui devons l'idée première de notre travail. Nous tenons à lui en exprimer notre profonde reconnaissance et notre entière sympathie.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

§ I. — Classification

Depuis les travaux de Lannelongue et de Kirmisson, il est classique de diviser les kystes congénitaux de la région latérale du cou en deux groupes :

1° Kystes branchiogènes simples comprenant :

a) Les kystes dermoïdes ;
b) Les kystes mucoïdes ;
c) Les kystes mixtes.

2° Kystes séreux multiloculaires.

Cette classification ne peut, à l'heure actuelle, être maintenue dans son intégrité. D'une part, en effet, on a récemment mis en lumière l'existence de tumeurs kystiques du cou qui ne trouvaient pas place dans les cadres que nous venons d'indiquer.

D'autre part, il existe des kystes dits branchiogènes et multiloculaires.

C'est pourquoi nous n'adopterons pas ici la classification ancienne et nous diviserons, ainsi que l'indiquent Massabuau et Estor, les kystes congénitaux du cou en deux grands groupes :

Kystes uniloculaires et multiloculaires ; chacun de ces groupes se subdivisant de la manière suivante :

1° Kystes uniloculaires :

a) Dermoïdes ;
b) Mucoïdes ;
c) Epithélio-lymphoïdes.

2° Kystes multiloculaires .

a) Kystes séreux congénitaux ou lymphangiome kystique ;
b) Tumeurs kystiques branchiogènes multiloculaires ;
c) Tumeurs kystiques parathyroïdiennes.

C'est dans cet ordre que nous allons étudier, au point de vue anatomique, les divers types de kystes congénitaux de la région latérale du cou.

§ II. Kystes uniloculaires

Ainsi que leur nom l'indique, ils sont creusés d'une cavité unique.

En se basant exclusivement sur la structure de leur paroi, on peut diviser ces kystes en trois classes : kystes dermoïdes, mucoïdes, épithélio-lymphoïdes.

A. Kystes dermoides.

On les rencontre en des endroits très divers. Sans vouloir établir pour ces tumeurs une classification d'après leur fréquence, on peut dire qu'on les rencontre de préférence au niveau de l'orbite et de son pourtour, dans l'ovaire, au cou.

La région latérale du cou est donc un des sièges de prédilection de ces productions.

a) *Considérations générales*

Ils siègent dans la région sterno-mastoïdienne à différentes hauteurs, soit au milieu, soit à la partie inférieure au-dessus de la clavicule, soit à la partie supérieure; région sous-maxillaire (Quain, Esmarch).

La forme est très variable. Généralement arrondie, elle peut être bilobée lorsque le kyste est bridé par une aponévrose ou par un muscle ; elle peut être plus ou moins allongée : *kyste canaliculé* de Larrey.

Le volume de ces tumeurs peut atteindre celui d'un poing et même le dépasser.

Superficiels le plus souvent, ces kystes ne contractent avec la peau aucune connexion. Par contre, lorsqu'ils sont profonds, on les trouve parfois adhérents au squelette (apophyse styloïde, os hyoïde) ou aux vaisseaux.

b) *Paroi*

1° *Anatomie.* — Son aspect et sa structure sont ceux du tégument externe avec ses deux couches fondamentales : derme et épiderme, et avec ses annexes : glandes sudoripares et sébacées, poils, papilles.

La surface interne est tantôt lisse, unie, à reflets nacrés ; tantôt elle est tomenteuse, irrégulière et rappelle la muqueuse de l'estomac ou même une vessie à colonnes, suivant la comparaison de Mahot.

D'autres fois encore, elle a une apparence plissée due à des élevures, des saillies linéaires comparables à celles que l'on observe sur une peau macérée.

On peut trouver sur certains points de la paroi des poils implantés, des glandes sudoripares, des papilles, tandis que, en d'autres points, la structure est beaucoup plus simple. Les poils peuvent être très courts et très grêles, mais d'autres fois, il sont analogues aux poils ordinaires et aux cheveux ; tantôt de la même nuance que ceux du malade, tantôt de teinte différente. Rarement on a trouvé des ongles implantés dans la paroi ; plus rarement encore des dents ; en somme, les kystes dermoïdes du cou ont habituellement une constitution assez simple.

2° *Histologie.* — Au microscope, la paroi de ces kystes apparaît constituée par les mêmes éléments que la peau.

Le derme est formé de fibres conjonctives entrelacées, formant un feutrage au milieu duquel on découvre quelques fibres musculaires se rattachant aux follicules pileux. Ordinairement, la démarcation entre le derme et l'épiderme est rectiligne, c'est-à-dire que l'on ne retrouve pas de papilles ; on a voulu considérer cette particularité comme un caractère fœtal du derme.

L'épiderme possède une couche de cellules polygonales hautes, qui représentent la couche basale de Malpighi. Au-dessus s'étendent des cellules épithéliales aplaties formant un épithélium pavimenteux stratifié, absolument semblable à celui de la peau ; on y retrouve les mêmes cou-

ches successives ; les cellules y subissent de même l'évolution cornée.

Les glandes sudoripares existent, mais rares ; les poils et les glandes sébacées ont leur structure habituelle.

Dans la paroi de certains kystes dermoïdes du cou, on a trouvé des éléments parfaitement différenciés du tissu osseux, cartilagineux (Virchow).

c) *Contenu*

Quant au contenu de la poche du kyste, il est surtout formé par de la matière sébacée qui apparaît sous la forme d'un magma blanchâtre ou jaunâtre, ayant la consistance d'une bouillie, ce qui a fait dénommer ces kystes dermoïdes *kystes athéromateux* par les Allemands. Ce contenu du kyste prend parfois l'aspect de grumeaux de riz cuit, de matière caséeuse.

Nous savons que Celse la comparait à du miel ; on l'a aussi comparée à du beurre, à du mortier, à des châtaignes cuites, etc.

Au sein de cette matière, on peut retrouver, comme sur la paroi, des poils, des dents, et aussi des fragments osseux ou cartilagineux. D'autres fois, le contenu de ces kystes est simplement liquide. C'est le cas en particulier des kystes qu'on a appelés *kystes huileux* (Vassaux, Broca). Parfois même, on a vu un liquide aussi limpide que de l'eau de roche.

Enfin, le contenu des kystes dermoïdes peut subir la transformation calcaire : *kystes pierreux.*

Au microscope, la matière sébacée se montre constituée par de la graisse libre principalement, des cristaux de

cholestérine, des débris de cellules épithéliales plus ou moins déformées et raccourcies ou infiltrées de graisse.

B. Kystes mucoïdes

C'est Lannelongue qui attira l'attention sur cette classe de kystes.

Ils diffèrent des premiers par la structure de leur paroi et par la nature de leur contenu.

a) *Paroi*

Elle a la structure d'une muqueuse. Le derme y est semblable à celui des kystes dermoïdes.

L'épithélium est formé de cellules cylindriques possédant quelquefois des cils vibratiles.

Il n'y a ni glandes sudoripares, ni glandes sébacées, ni poils, ni ongles.

b) *Contenu*

C'est une masse filante, muqueuse.

Ces kystes purement mucoïdes, beaucoup moins fréquents que les dermoïdes, occupent surtout la région médiane du cou; dans la région latérale, on trouve plutôt des *kystes mixtes,* dont la paroi est en partie cutanée et en partie muqueuse. Neumann et Baumgarten nous en ont laissé quelques observations.

C. Kystes épithélio-lymphoïdes

Dans ce même groupe des kystes congénitaux uniloculaires, il faut enfin étudier des tumeurs d'un type spécial, qui constituent, à côté des kystes dermoïdes et mucoïdes, une troisième classe tout à fait à part.

Ces tumeurs ne sont pas très fréquentes. Lannelongue ne les mentionne pas dans son Traité ; il ne faut pas s'en étonner puisqu'elles étaient considérées jusqu'alors comme des kystes développés dans les ganglions lymphatiques, ne rentrant pas dans le cadre des humeurs congénitales.

Elles sont caractérisées par :

Leur siège profond ;

Leur adhérence intime aux gros vaisseaux ;

La structure de leur paroi surtout ; celle-ci est formée par un épithélium de revêtement doublé d'une lame toujours épaisse de tissu lymphoïde. C'est pourquoi on les appelle kystes épithélio-lymphoïdes.

Terrier et Lecène, qui ont insisté sur la fréquence de ces kystes, frappés par l'analogie de leur structure avec celle de l'amygdale, les nomment *kystes amygdaloïdes*.

a) *Considérations générales*

Ces kystes siègent surtout dans la région latérale du cou (Pilliet, Jeanbrau). Mais, et c'est là un fait important à retenir au point de vue de la pathogénie, ce n'est pas là un siège exclusif. On en a trouvé sur la ligne médiane dans la région thyroïdienne, au devant du sternum, et même dans la région naso-génienne (Forgue, Massabuau).

Ils sont ordinairement profonds, sous-aponévrotiques ou sous-musculaires, à l'encontre des kystes dermoïdes ; aussi présentent-ils des adhérences presque constantes avec le paquet vasculo-nerveux, avec le squelette de la région, avec la paroi latérale du pharynx.

b) *Paroi*

Leur paroi est formée de trois couches superposées :

1° Un revêtement épithélial interne ;
2° Une couche sous-épithéliale lymphoïde ;
3° Une couche fibreuse.

1° Le revêtement épithélial est le plus souvent constitué par un épithélium pavimenteux stratifié (12 fois sur 17, d'après la statistique de Le Gland) ; quelquefois par des cellules cylindriques disposées sur plusieurs rangs.

Ce revêtement épithélial n'est pas identique à celui des kystes dermoïdes. Les cellules superficielles ne renferment pas d'éléidine et ne subissent qu'exceptionnellement la transformation cornée ; les cellules basales sont d'un type malpighien moins net ; on ne trouve jamais de poils, ni de glandes.

En somme, ce revêtement est plutôt comparable à celui d'une muqueuse dermo-papillaire qu'à celui du tégument externe.

2° La couche sous-épithéliale est formée par du tissu lymphoïde ; c'est elle qui caractérise ces tumeurs. L'épaisseur de cette nappe adénoïde est variable suivant les

points ; parfois très mince, parfois si épaisse qu'elle offre au microscope l'aspect d'une coupe de ganglion.

Elle est constituée par un tissu conjonctif fasciculé ou fibrillaire infiltré de cellules rondes.

Ce tissu adénoïde s'élève jusqu'à l'épithélium qu'il soulève par places formant les papilles. Du reste, la limite entre cette couche et l'épithélium est peu nette ; ce dernier est, en certains points, envahi par les cellules rondes.

Par endroits, les fibres conjonctives et les éléments lymphoïdes affectent une disposition qui rappelle absolument les follicules des ganglions lymphatiques.

Cette couche est parcourue par des vaisseaux sanguins nombreux autour desquels sont disposées des fibres musculaires lisses.

3° La couche fibreuse, la plus externe de la paroi, est formée de larges faisceaux ondulés, dirigés dans tous les sens et non systématisés en nappes comme dans la peau. On y trouve de nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques souvent ectasiés.

c) *Contenu*

C'est tantôt un liquide huileux, tantôt un liquide blanc ou jaunâtre d'aspect purulent.

En somme, ces kystes épithélio-lymphoïdes au point de vue anatomo-pathologique représentent, dans le groupe des tumeurs branchiales uniloculaires, le plus haut degré de complexité.

Tandis que les kystes dermoïdes et mucoïdes sont constitués respectivement par des éléments exclusivement

ectodermiques ou entodermiques, ceux-ci possèdent des éléments issus de deux feuilets : le feuillet entodermique représenté par l'épithélium, et le feuillet méso-dermique représenté par le tissu adénoïde, les vaisseaux et les fibres musculaires lisses.

§ III. — Kystes multiloculaires

Ce groupe des tumeurs congénitales complexes de la région latérale du cou renferme des espèces bien distinctes au point de vue pathogénique et que l'on peut également séparer au point de vue anatomique.

Ce sont :

1° *Les kystes séreux congénitaux.* Ce sont les seules tumeurs multiloculaires que décrive Lannelongue ; elles ont été longtemps étudiées sous le nom de *lymphangiome kystique* qui indique leur origine hypothétique.

2° *Les kystes branchiogènes multiloculaires,* tumeurs poly-kystiques auxquelles, l'école classique, à la suite des auteurs allemands, attribue une origine branchiale.

3° *Les kystes parathyroïdiens* décrits par Berger, en 1897.

A. Kystes séreux congénitaux

a) *Considérations générales*

Ils peuvent être simples, mais le plus souvent il y a des poches multiples.

Ils siègent sur les côtés du cou et quelquefois leur

volume est assez considérable pour qu'ils occupent toute la hauteur du cou depuis la clavicule jusqu'au maxillaire inférieur. D'après Lannelongue, leur siège de prédilection serait la région sous-maxillaire.

« Ce qui caractérise ces kystes, dit Kirmisson, c'est la facilité avec laquelle on les voit s'infiltrer de proche en proche dans les tissus voisins à la façon des néoplasmes ; c'est ainsi que, partis de la région parotidienne ou sous-maxillaire, ils peuvent gagner la région de la nuque ; ou bien, suivant le muscle sterno-mastoïdien dans toute sa longueur, ils arrivent jusqu'au creux sus-claviculaire et à la région sternale. Ils peuvent aussi, passant sous la clavicule, se prolonger jusque dans l'aisselle, ou bien, plongeant dans le creux sus-sternal, ils arrivent dans le médiastin. Non seulement ils s'infiltrent dans les interstices cellulaires, mais ils envahissent les muscles eux-mêmes. »

On conçoit aisément à quel point tous ces prolongements peuvent rendre irrégulières la surface et la forme de ces tumeurs, diffuses leurs limites.

Une autre caractéristique de ces kystes, c'est leur adhérence intime avec la gaine des gros vaisseaux du cou.

Enfin, ces tumeurs sont également remarquables par le volume qu'elles peuvent atteindre. On en a vu qui formaient une masse énorme pendant au-dessous de la mâchoire inférieure et retombant comme une besace au-devant de la poitrine qu'elles recouvraient jusqu'aux seins.

b) *Structure*

1° *Macoscopique.* — Disséqués, ces kystes offrent un aspect très variable suivant les cas ; tantôt ils sont constitués par une masse plus ou moins irrégulière de petits

kystes arrondis, de dimensions inégales, les uns blancs nacrés ; les autres plus gros, bleuâtres ; le nombre de ces petits kystes pouvant être très considérable : Lannelongue en a compté plus de 800 dans une même tumeur. Tantôt une seule poche a acquis un développement prépondérant, et un gâteau de petits kystes est appliqué à la paroi de cette grande cavité.

Une coupe à travers la tumeur montre la disposition de ces cavités accolées, séparées par des cloisons plus ou moins incomplètes.

2° *Microscopique.* — Parois et cloisons sont constituées par un stroma conjonctif tapissé d'un épithélium.

a) Le stroma est formé de fibres conjonctives entrelacées avec des fibres élastiques et des fibres musculaires. Ce tissu est parcouru de vaisseaux sanguins dont beaucoup présentent le type fœtal.

b) L'épithélium décrit par quelques auteurs comme un endothélium, est, en réalité, assez polymorphe. A côté de cellules endothéliales que révèle le nitrate d'argent, on trouve des cellules plus hautes, de type cylindrique ou cubique.

c) *Contenu*

Le contenu est généralement une sérosité limpide, d'un jaune ambré ou légèrement verdâtre. Du sang peut être mélangé à ce liquide qui devient alors rouge noir ; quelquefois le contenu de la poche est un véritable caillot ou une boue de couleur brun chocolat.

B. Kystes branchiogènes multiloculaires

Quelle que soit la valeur de la théorie pathogénique qui attribue à ces kystes une origine branchiale, il est indiscutable qu'ils forment un groupe à part parmi les tumeurs poly-kystiques congénitales. La complexité très nette de leurs tissus constituants les sépare des lymphangiomes kystiques.

Dans un travail récent, Estor et Massabuau ont pu recueillir 16 cas de ces tumeurs et fixer leurs principaux caractères anatomiques et histologiques.

On peut les résumer ainsi :

a) *Considérations générales*

Ce sont des tumeurs multiloculaires siégeant en n'importe quel point de la région latérale du cou, et dont le volume ne dépasse guère celui d'un œuf de poule.

b) *Structure*

Les parois de ces kystes sont constituées par un stroma revêtu d'un épithélium.

1° *Revêtement épithélial.* — A ce point de vue, on peut ramener ces tumeurs à quatre types principaux :

a) Tumeurs dans lesquelles toutes les loges kystiques sont revêtues par un épithélium pavimenteux stratifié, du type cutané ;

b) Tumeurs très rares (une seule observation) dans lesquelles l'épithélium de revêtement est exclusivement composé de cellules cylindriques unistratifiées ;

c) Tumeurs dont le revêtement est formé uniquement de cellules endothéliales. Elles pourraient, par conséquent, être confondues avec les lymphangiomes si on n'observait pas les caractères spéciaux du stroma, composé d'éléments très hétéromorphes (tissu conjonctif, fibres musculaires, tissu lymphoïde, nodules cartilagineux) ;

d) Tumeurs enfin, où l'on rencontre les unes à côté des autres, les divers types de revêtement que nous venons de signaler. Ce sont les plus intéressantes et les plus nombreuses.

2° *Stroma*. — Nous venons de voir que la caractéristique du revêtement épithélial, c'est d'être polymorphe. La même complexité de structure se retrouve dans le stroma.

A côté des éléments du tissu conjonctif et des vaisseaux, on trouve presque toujours des tissus multiples à structure variée : tissu fibreux, myxomateux, lymphoïde, cartilagineux, musculaire. On a, dans certains cas, trouvé des éléments nerveux et du tissu osseux bien différenciés.

Bref, il existe dans ces tumeurs des dérivés de tous les feuillets embryonnaires.

C. Kystes parathyroïdiens

Au Congrès de Chirurgie de 1897, le professeur Berger donne des observations de tumeurs kystiques siégeant dans la région latérale du cou et présentant la structure des épithéliomes thyroïdiens.

« Aussi, dit-il, à côté de carcinomes branchiogènes de

Volkmann qui sont des *épithéliomes pavimenteux, il* faudra désormais décrire des *adéno-épithéliomes* profonds occupant exactement le même siège et présentant la structure des adéno-épithéliomes de la thyroïde. »

Ces tumeurs dont l'origine se trouve dans les lobes aberrants de la thyroïde, sont caractérisées au point de vue anatomique par leur siège, leurs connexions, leur structure et leur contenu.

a) *Siège*

Généralement, il s'agit de tumeurs profondes occupant la gaine des vaisseaux.

b) *Connexions*

Elles s'étendent rapidement vers la peau qu'elles perforent, formant des ulcérations végétantes, fongueuses, analogues à celles d'un épithéliome ulcéré. En règle générale, elles contractent des adhérences avec les gros vaisseaux du cou.

D'ailleurs, ces tumeurs sont indépendantes des viscères de la région : glandes salivaires, œsophage, thymus thyroïde.

c) *Structure*

Des coupes dans la masse polykystique montrent à la surface des végétations nombreuses. A l'intérieur de la paroi, on est frappé par l'existence de *vésicules closes,* indépendantes, limitées par des cellules cubiques absolument identiques aux vésicules de la glande thyroïde.

d) *Contenu*

A l'intérieur des poches kystiques, on trouve tantôt de la *substance colloïde*, comme celle que sécrète la thyroïde normale, tantôt un exsudat muqueux.

Cette description ne peut laisser place au doute ; il s'agit bien d'un épithéliome thyroïdien indépendant de la thyroïde ; d'où le nom d'épithéliomes parathyroïdiens qu'a donné Berger à ces tumeurs, pour en bien marquer la structure et l'origine.

Leur structure, nous la connaissons maintenant, et nous voyons que ces kystes méritent, au point de vue anatomique, une place à part parmi les tumeurs kystiques multiloculaires ; quant à leur origine, nous montrerons ultérieurement, nous appuyant sur les travaux de Berger, quelle elle peut être.

CHAPITRE II

HISTORIQUE. — PATHOGÉNIE

L'origine et la nature des différentes tumeurs kystiques que nous venons d'étudier sont encore aujourd'hui entourées de beaucoup d'obscurité; il est cependant très intéressant de rechercher quelles sont les principales théories émises à ce sujet, et surtout de montrer comment ces doctrines se sont développées parallèlement avec nos connaissances anatomiques et embryologiques.

L'évolution des idées touchant la nature des différents kystes congénitaux de la région latérale du cou a subi trois phases :

1° *Phase préembryologique.* — Jusque vers le milieu du XIX^{e} siècle on ne sait rien de l'origine de ces tumeurs. Et même on méconnaît leur caractère d'*affection congénitale*, caractère très important puisqu'il rapproche les différents types de kystes que nous avons étudiés, puisqu'il fait l'unité de ce groupe morbide.

2° *Phase embryologique.* — A ce moment, avec les progrès de la science embryologique, on commence à connaître le développement de la région cervicale; on a étu-

dié la structure et l'évolution des arcs branchiaux, et on tend à leur rapporter la plupart des malformations congénitales de la région. C'est l'ère de la théorie branchiale.

3° *Phase actuelle.* — Depuis les travaux récents du professeur Vialleton, sur la formation du cou et le rôle topographique des arcs branchiaux, on attribue aux formations branchiales un rôle moins important dans la pathogénie des kystes congénitaux du cou ; ceux-ci devenant des *tumeurs mixtes* vulgaires comparables à celles que l'on trouve dans les divers organes.

A. Phase préembryologique

Les kystes congénitaux du cou ont été observés dès l'antiquité par les médecins. Lannelongue et Achard citent un passage de Celse, où il est parlé de tumeurs enkystées, situées entre la peau et la trachée et contenant une matière semblable à du miel, parfois même des poils et de petits os, « *interdum etiam minutis ossibus pili immixti.* »

Au moyen âge et jusqu'au XIX^e^ siècle, on ne trouve aucune observation sur ces kystes. On les confondait probablement avec les tumeurs de la glande thyroïde.

Au début du XIX^e^ siècle, Maunoir, de Genève, en 1825, et Redenbacher, en 1828, séparent les premiers ces kystes des autres tumeurs du cou.

B. Phase embryologique

Il faut arriver en 1839 pour trouver, dans les travaux de Heusinger, les premières notions précises sur leur structure histologique et sur leur pathogénie. Heusinger établit les relations de ces kystes avec les fentes branchiales de l'embryon.

A partir de ce moment, les travaux se multiplient. César Hawkins et Holmes Coote, en Angleterre ; Wernher, Lucke, Kolmann, Sultan, en Allemagne ; en France, Cruveilher, Broca, Nélaton publient des observations. En 1886, Lannelongue et Achard écrivent leur traité des kystes congénitaux, et en 1898, Kirmisson, son traité des affections chirurgicales d'origine congénitale.

En même temps, on étudie la pathogénie des kystes en général, et les embryologistes His, Rathke, Balfour, découvrent la formation du cou aux dépens des arcs branchiaux.

De l'ensemble de ces travaux sort la *théorie de l'origine branchiale* de presque tous les kystes congénitaux du cou, théorie aujourd'hui encore classique et sur laquelle nous allons maintenant insister.

I. *Théorie branchiale. Kystes branchiogènes*

Cette théorie a pour base les notions d'embryologie acquises sur la formation du cou.

D'après les auteurs classiques, voici ce qui se passe :

Sur un embryon de 3 à 4 millimètres, on peut voir que le cou est constitué par un certain nombre d'arcs branchiaux, séparés par des fentes branchiales. Au niveau de l'arc branchial on trouve, entre l'ectoderme et l'entoderme, du mésenchyme.

Au niveau de la fente branchiale existent seulement l'ectoderme et l'entoderme accolés.

Au cours du développement, ces 4 arcs ont une destinée différente. Le premier constitue les maxillaires et la région hyoïdienne ; le deuxième arc se développe énormément dans le sens antéropostérieur et arrive à constituer la presque totalité du cou ; quant aux troisième et quatrième arcs, ils sont comme télescopés et finissent par être

recouverts par la partie postérieure du deuxième arc branchial, laquelle vient se souder à l'ébauche du thorax.

Par suite de cet enfouissement des deux derniers arcs branchiaux, il se forme, vers la base du cou, une cavité assez volumineuse (*sinus précervical*). A ce niveau, il existe dans la masse mésenchymateuse qui forme le cou du fœtus, des éléments appartenant aux 3 feuillets, qui ne sont pas employés pour le développement normal de l'individu et qui pourront, s'ils conservent leur vertu de prolifération, donner naissance à des tumeurs kystiques complexes.

D'autre part, on conçoit aisément que dans cette région du corps de l'embryon sillonnée par des bourrelets et des fentes, des pincements puissent se produire, intéressant, soit l'ectoderme, soit l'entoderme. A ce niveau existeront, par la suite, enclavés dans le mésenchyme, des sacs de peau ou de muqueuse qui pourront de même donner naissance à des kystes.

Ces kystes seront bien des kystes congénitaux branchiogènes.

Examinons par le détail comment cette théorie branchiale explique la formation des différentes tumeurs kystiques.

a) Pour les *kystes dermoïdes*, l'enclavement de la partie externe, ectodermique d'une fente branchiale, explique facilement leur formation et leur structure.

b) Pour les *kystes muco'ides* de même, pas de difficulté, avec cette théorie, à expliquer leur pathogénie et leur structure de kystes formés par un épithélium cylindrique à cils vibratiles.

c) Nous aurons un *kyste mixte* si la portion de la fente branchiale enclavée comprend à la fois une partie de la zone externe et une partie de la zone interne.

d) Il est plus difficile d'expliquer par la théorie branchiale la formation des *kystes épithélio-lymphoïdes.* Les auteurs ont longtemps divergé de vue à ce sujet.

Lucke, Schede, Albarran, ont admis une *origine ganglionnaire* de ces kystes ; ils se seraient creusés, au sein d'un ganglion lymphatique, par nécrose, dégénérescence, des éléments de celui-ci.

Cette hypothèse est aujourd'hui complètement abandonnée.

La plupart des auteurs se rallient aujourd'hui à l'opinion de Pilliet qui attribue aux kystes épithélio-lymphoïdes une origine branchiale.

C'est surtout Terrier et Lecène qui ont défendu cette thèse.

On sait, depuis les travaux de Retterer, que l'épithélium pharyngien forme, au niveau de la deuxième fente branchiale, des invaginations en doigts de gant, qui sont la première ébauche de l'amygdale.

La paroi de ces digitations épithéliales s'épaissit, et de ces épaississements épithéliaux dérivent l'épithélium de revêtement et le tissu lymphoïde de l'organe.

Terrier pense qu'une de ces digitations peut s'inclure, être inutilisée, et donner naissance à une tumeur kystique dont la paroi contiendra à la fois un épithélium et du tissu lymphoïde.

Cette théorie pathogénique des kystes amygdaloïdes est évidemment séduisante ; nous verrons ultérieurement quels sont ses points faibles.

e) Enfin, si l'on en croit les auteurs de cette période, les prétendus restes branchiaux pourraient aussi être le point de départ de kystes multiloculaires à structure complexe. C'est la théorie allemande dont Veau s'est fait en France

le défenseur. Certains auteurs, Senn, Samter, sont même allés plus loin et ont soutenu que tous les kystes multiloculaires du cou seraient d'origine branchiale.

S'il est vrai que les résidus branchiaux jouent un rôle dans la pathogénie de certains kystes multiloculaires — et c'est là une hypothèse improbable — il est tout à fait exagéré d'attribuer une origine identique aux *lymphangiomes kystiques* et aux *kystes parathyroïdiens.*

II. *Lymphangiome kystique ou kyste séreux congénital*

Les classiques lui attribuent depuis longtemps une individualité pathogénique indiscutable.

L'origine lymphatique de ces tumeurs a été soutenue en Allemagne dans le travail fondamental de Wegner (1877), en France, par Lannelongue.

Du reste, la nature intime du processus de développement de ces néoformations est restée très obscure malgré les diverses hypothèses tour à tour proposées. Lannelongue lui-même ne pose pas de conclusions absolues ; il considère simplement cette théorie comme la plus vraisemblable, « comme étant celle qui explique le mieux les caractères cliniques et surtout anatomiques de ces tumeurs. »

Dans ces dernières années, cependant, Veau pensa pouvoir donner une base anatomique solide à la théorie de l'origine lymphatique des kystes séreux congénitaux du cou, qu'il soutint dans un travail personnel et dans la thèse de son élève Savelli (1901).

Il pense que ces kystes sont dus à un « *arrêt de développement du système lymphatique de la région cervicale.* »

Il base sa théorie sur 3 ordres des faits :

1° Constatation faite, au niveau du cou, des embryons normaux ;

2° Contenu des kystes ;

3° Structure histologique de leur paroi.

1° Veau a constaté sur des coupes du cou d'embryons normaux de 3 à 4 mois, la présence de cavités irrégulières dont la disposition rappelle un peu celle des kystes séreux congénitaux ; elles siègent en effet sous le sterno-cléido-mastoïdien, et ont en dedans des rapports intimes avec la veine jugulaire interne, puisque parfois elles s'ouvrent dans sa lumière. Veau les considère comme des lacunes lymphatiques dues à une aberration de développement des vaisseaux lymphatiques de la région. Il s'appuie, pour soutenir cette hypothèse, sur un fait signalé par Ranvier, concernant le développement des lymphatiques. D'après cet auteur, ceux-ci naissent d'une prolifération cellulaire très active, qui parfois dépasse le but à atteindre et ainsi se forment des vaisseaux lymphatiques en excès.

Ceux-ci peuvent ne pas régresser complètement et donner naissance à des pelotons vasculaires ou à des vésicules, tapissées de cellules endothéliales, *véritables petits kystes en miniature.*

Veau prétend donc que les kystes séreux congénitaux ne sont autre chose que ces cavités lymphatiques embryonnaires anormalement développées.

2° La nature du contenu de ces kystes lui paraît de nature à étayer cette opinion ; c'est souvent un liquide séreux.

3° La structure de la paroi kystique revêtue d'un endothélium, semble aussi lui donner raison.

En résumé, la théorie de la nature lymphangiomateuse des kystes séreux congénitaux apparaît, sortant des mains de Veau, comme très séduisante.

Et cependant, ainsi que Estor et Massabuau l'ont montré, récemment, dans un travail de critique serrée et documentée, elle ne peut guère être considérée que comme une hypothèse. Des faits mis en avant par Veau, aucun ne constitue une preuve indiscutable.

1° Les cavités vues par Veau dans le cou de ses embryons existent, mais l'interprétation qu'il en donne ne paraît pas absolument scientifique et demande à être confirmée par des recherches plus approfondies.

La meilleure preuve, c'est que Veau lui-même a successivement considéré les mêmes cavités comme représentant des restes de l'évolution des fentes branchiales et comme représentant des dilatations lymphatiques.

2° La nature du contenu des kystes n'a aucune valeur absolue quand il s'agit de donner une interprétation pathogénique.

3° La structure des parois kystiques, enfin, n'est pas telle qu'il en puisse sortir une certitude. Dans bien des cas, les caractères du revêtement cellulaire s'éloignent du type endothélial pur ; d'autre part, on a pu trouver dans des tumeurs polykystiques du cou, à côté de poches présentant la structure des kystes lymphatiques, d'autres poches, étroitement fusionnées avec elles et de structure pourtant très différente.

4° Il est bien difficile d'admettre que des tumeurs d'origine lymphatique siègent de prédilection dans la zone profonde du cou, les lymphatiques se développant tardivement et mal dans cette région.

En somme, l'origine lymphatique des kystes séreux congénitaux n'est pas prouvée.

III. Kystes *parathyroïdiens*

On est mieux fixé sur l'origine de ces kystes.

Ceux-ci, d'après Berger et les classiques, constituent un groupe bien indépendant des tumeurs branchiogènes.

« C'est, dit Berger, dans les glandes thyroïdes accessoires ou tout au moins dans des amas cellulaires voisins de la thyroïde, quoique séparés d'elle et procédant de l'involution embryonnaire qui a donné lieu à la formation de ses lobes latéraux, qu'il faut chercher le siège anatomique et l'origine réelle de ces épithéliomes profonds bien distincts des épithéliomes branchiogènes. »

Les mieux connues de ces thyroïdes accessoires sont celles qui, siégeant sur la ligne médiane, procèdent du canal de Bochdaleck. Elles donnent naissance à des *kystes médians* que Martin a étudiés dans une thèse récente, et dont nous ne parlons ici que pour indiquer leur analogie avec les kystes latéraux parathyroïdiens.

Ceux-ci dérivent d'une évolution anormale des bourgeons épithéliaux, qui partent du pharynx au niveau de la quatrième fente branchiale pour donner naissance aux lobes latéraux de la thyroïde.

Rien d'étonnant à ce qu'un épithéliome, analogue à ceux de la thyroïde, vienne à se développer dans ces restes épithéliaux parathyroïdiens, véritables ectopies de tissu thyroïdien, qu'une aberration dans le développement de la thyroïde a semés dans le tissu cellulaire profond du cou.

C. Phase contemporaine. — Critique de la théorie branchiale. — Conceptions actuelles

Telles étaient les idées admises jusqu'à ces dernières années sur la pathogénie des kystes congénitaux du cou. On peut les résumer ainsi :

La plupart des tumeurs kystiques du cou dérivent des restes de l'appareil branchial.

Indépendamment des tumeurs branchiogènes prépondérantes, peuvent se former de rares tumeurs aux dépens des lymphatiques (kyste séreux) et des lobes aberrants de la thyroïde (kystes parathyroïdiens).

Dans un travail récent, Forgue et Massabuau se sont élevés contre ce rôle prépondérant qu'on a fait jouer à l'appareil branchial dans la pathogénie des tumeurs du cou. Ils s'appuient sur les idées développées par le professeur Vialleton dans un mémoire paru en 1908 « *sur le rôle topographique des arcs viscéraux et la formation du cou.* »

L'idée essentielle qui domine ce travail, c'est que l'appareil branchial n'a qu'une part insignifiante dans la formation du cou. Nous n'avons pas d'arcs branchiaux ; nous n'avons que des ébauches, des rudiments d'arcs branchiaux et la durée de cet appareil branchial rudimentaire est extrêmement transitoire.

Sur un embryon de 15 millimètres on ne trouve déjà plus trace de ces dernières. On a tort de considérer le cou comme formé d'anneaux successifs répondant chacun à une paire d'arcs branchiaux. M. Vialleton a montré que toute la région du cou comprise approximativement

entre l'os hyoïde et la clavicule ne dérive pas du tout des arcs branchiaux, mais d'une portion de la paroi médiane ventrale interposée entre ces arcs et qu'il nomme paroi prépéricardique ; cette masse de tissu, qui sépare sur la ligne médiane les arcs branchiaux, dans laquelle les fentes branchiales externes ne se prolongent pas, n'a rien à faire avec l'appareil branchial.

Nous ne pouvons insister sur les détails que donne Vialleton sur le développement du cou ; mais il en résulte très nettement que *ces enclavements de tissu entre deux arcs branchiaux qui s'accolent* sont matériellement impossibles soit dans la région parotidienne, soit dans la région carotidienne ou sous-maxillaire. La base de la théorie branchiale s'effondre ainsi :

Comment la remplacer ?

Il est un fait qui, en même temps qu'il nous éloigne de l'idée de l'origine branchiale des kystes congénitaux, peut nous guider dans la recherche d'une interprétation pathogénique.

Ce fait, bien mis en évidence par Estor et Massabuau, est le suivant : *Il existe une analogie frappante entre les kystes congénitaux du cou et les tumeurs mixtes des autres régions.*

1° Pour les prétendus kystes branchiogènes multiloculaires, leur ressemblance avec la maladie kystique du testicule, par exemple, est hors de doute. Il s'agit là de véritables tumeurs mixtes, de véritables tératomes absolument comparables, par l'organisation souvent très avancée de leurs tissus, aux embryomes trouvés dans tous les autres organes ;

2° Les kystes dermoïdes du cou, nous l'avons vu, ont bien rarement une structure dermoïde pure ; dans leur

paroi on trouve fréquemment des éléments cartilagineux, musculaires, etc... Or, ne voit-on pas un fait analogue dans l'ovaire ? Les tumeurs mixtes de cet organe se présentent toujours avec une prédominance des éléments ectodermiques ; elles revêtent le type de kystes dermoïdes ou dermo-mucoïdes, absolument comparables aux kystes mixtes du cou (Neumann et Baumgarten). Ainsi que Chevassu le soutenait pour les kystes dermoïdes du testicule, les kystes dermoïdes du cou sont des *tumeurs mixtes simplifiées*.

3° On en pourrait dire autant des kystes épithélio-lymphoïdes. La théorie branchiale ne s'appliquait pas sans difficultés à tous ces kystes. Pouvait-on parler de malformation branchiale pour ceux qu'on a trouvés dans la région présternale et sur la ligne médiane de la poitrine ? Et même dans ce cas, comment expliquer la genèse d'un kyste dermo-lymphoïde siégeant au devant de l'os maxillaire supérieur ?

On ne le peut qu'en assimilant d'une manière très légitime les kystes amygdaloïdes à des tumeurs mixtes.

4° Et sans doute la même interprétation peut-elle s'appliquer aux kystes séreux congénitaux dont l'origine lymphatique, nous l'avons vu, est bien hypothétique, et dont la structure, rappelle par bien des points, celle des tumeurs mixtes d'autres organes.

En résumé, ainsi que l'écrit Massabuau, on n'a plus le droit, pour expliquer les kystes congénitaux du cou, de s'en tenir à la conception étroite d'une origine branchiale.

La plupart des tumeurs doivent être considérées comme des tumeurs mixtes qu'on ne peut comprendre, au niveau des glandes génitales, qu'en faisant remonter leur ori-

gine à un trouble précoce du développement embryonnaire dont la nature du reste nous est absolument inconnue.

A côté de ces tumeurs mixtes, il faut admettre l'existence de tumeurs spéciales au cou ; ce sont les kystes développés aux dépens des ébauches thyroïdiennes soit de l'ébauche thyroïdienne médiane (kystes médians), soit des ébauches latérales (kystes parathyroïdiens de Berger).

Pour conclure, on peut, au point de vue pathogénique, diviser les kystes congénitaux de la région latérale du cou en deux groupes :

1° Tumeurs mixtes de nature inconnue ;

2° Tumeurs thyroïdiennes.

L'appareil branchial ne joue sans doute aucun rôle dans la formation des unes et des autres.

CHAPITRE III

SÉMÉIOLOGIE

Après avoir énuméré les symptômes communs à tous les kystes congénitaux de la région latérale du cou, après avoir esquissé leur évolution et énuméré leurs complications, nous essayerons de distinguer quelques types cliniques.

A. — Symptomatologie

Ces tumeurs se manifestent par deux ordres de symptômes : des signes physiques et des symptômes fonctionnels.

I. *Signes physiques.* — A l'examen du malade, on constate la présence d'une tumeur.

L'âge auquel elle a débuté est très variable ; le plus souvent elle existait à la naissance ; d'autres fois, elle est apparue pendant les premières années, pendant l'adolescence, ou même pendant l'âge mûr.

Elle siège sur le côté du cou, indifféremment dans la

région claviculaire, dans le creux sus-claviculaire, dans les régions sous-maxillaire, carotidienne. Quelquefois, elle est superficielle, et dans ce cas tantôt la peau est libre, mobile sur la tumeur, tantôt elle est infiltrée, ulcérée.

D'autres fois, elle est profonde, et alors sa mobilité est souvent diminuée par des adhérences aux plans profonds.

La consistance est variable ; le plus souvent, la tumeur est fluctuante ; la fluctuation pouvant n'occuper qu'une partie de la masse néoplasique. Dans quelques cas, la tumeur est dure, osseuse.

Elle est toujours irréductible.

Le volume est celui d'un œuf, d'un poing, d'une tête d'enfant.

La forme est généralement arrondie. Quelquefois elle est bosselée, bilobée ou multilobée. On a observé des tumeurs de forme allongée : *kyste canaliculé*. Enfin, caractère très important, il n'y a pas de retentissement ganglionnaire.

II. *Symptômes fonctionnels*. — Ils sont généralement peu marqués. La douleur est nulle au début. Les phénomènes de compression n'apparaissent que tardivement, quand la tumeur a pris un volume considérable.

La compression des nerfs se traduit par des douleurs, de la céphalée. La compression des jugulaires entraîne de la congestion de la face et de la tête. Lorsque la tumeur se développe contre la *trachée*, il en peut résulter des troubles de la phonation : dysphonie, aphonie ; et de la respiration : dyspnée, cornage.

La compression de l'*œsophage* entraîne de la dysphagie.

Tous ces symptômes, répétons-le, n'apparaissent qu'à un stade avancé de l'évolution de ces tumeurs.

B. — Evolution

Cette évolution, quelle est-elle ?

Apparus généralement à la naissance, les kystes se développent progressivement et lentement ; rarement ils mettent les jours de l'enfant en danger.

Leur début et leur mode d'évolution peuvent cependant être différents. On a trouvé des kystes volumineux chez le fœtus de trois ou quatre mois.

D'autres fois, ils peuvent menacer directement la vie de l'enfant, soit par compression mécanique, soit par une sorte de cachexie résultant des difficultés de l'alimentation.

Les complications peuvent survenir et modifier cette évolution.

C. — Complications

Elles sont de deux ordres : mécaniques ou infectieuses.

1° Les complications mécaniques, nous les avons déjà signalées, consistent surtout en phénomènes d'asphyxie ;

2° Les complications infectieuses consistent dans l'inflammation, la suppuration du kyste et la fistulisation secondaire.

D. — Formes cliniques

Il serait vain de vouloir, dans l'état actuel de nos connaissances, calquer absolument des types cliniques sur nos types anatomiques. Toutefois, on peut distinguer, au point de vue de la symptomatologie et de l'évolution, trois formes cliniques que nous allons opposer l'une à l'autre.

I. *Kyste dermoïde.* — Il s'agit d'une tumeur qui n'existe généralement pas à la naissance. Superficielle, sous-cutanée, elle a une forme arrondie, qu'on précise aisément. La peau est mobile sur la tumeur, qui est elle-même mobile sur les plans sous-jacents. Le développement est lent ; le volume dépasse très rarement celui d'un poing d'adulte.

II. *Kyste séreux congénital.* — Il s'agit d'une tumeur ordinairement remarquée à la naissance, tumeur profonde, sous-aponévrotique. La forme est irrégulière ; à la palpation, on sent des bosselures, et les limites de la tumeur sont diffuses, surtout quand elle est volumineuse au point d'occuper toute la région cervicale latérale.

Les symptômes fonctionnels sont quelquefois marqués ; ils le sont toujours dans un type spécial de kyste séreux que nous allons décrire.

III. *Kyste séreux à prolongement thoracique.* — La tumeur, visible, siège à la partie inférieure du cou.

A la palpation, on peut se rendre compte parfois de

l'existence d'un pédicule profond, sans qu'on puisse préciser l'étendue et la direction de ce pédicule. La tumeur est réductible ; par la pression, on entraîne la disparition ou l'affaissement de la tumeur, sans qu'il se produise de tuméfaction visible en un autre point.

Lannelongue insiste sur un autre signe, également précieux pour le diagnostic de ces prolongements thoraciques.

Pendant l'expiration, les efforts, les cris, la tumeur subit un mouvement d'expansion ; elle s'affaisse, au contraire, pendant les fortes inspirations.

Ces caractères cliniques étant connus, il nous est maintenant possible d'aborder le chapitre du diagnostic des kystes congénitaux du cou.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des kystes congénitaux de la région latérale du cou se fait en deux étapes :

1° Y a-t-il kyste congénital ? (diagnostic général).

2° De quel type s'agit-il ? (diagnostic différentiel).

I. Diagnostic général. — Il doit se fonder sur les signes physiques, et en dernier lieu, sur les résultats fournis par la ponction.

Nous pouvons d'abord éliminer toutes les tumeurs siégeant sur la ligne médiane : kystes médians, congénitaux, nés du canal thyréo-glosse, tumeur de la thyroïde, hygromes du cou, cancer de l'œsophage.

Il faut distinguer nos kystes des autres tumeurs latérales acquises ou congénitales.

A. *Tumeurs acquises.* — Ce diagnostic est facile dans le cas où le kyste est apparu à la naissance. Dans le cas contraire, il faut éliminer :

1° L'abcès froid ganglionnaire. L'évolution est différente ; la tuberculose ganglionnaire évolue plus vite vers

le ramollissement et la fistulisation ; elle s'accompagne d'un état général plus ou moins atteint ; au contraire, l'enfant porteur d'un kyste est le plus souvent florissant. Cette même raison empêchera de confondre la fistule branchiale consécutive à un kyste avec un fistule bacillaire.

2° Le sarcome des ganglions évolue également plus vite, retentit sur l'état général et s'accompagne de phénomènes douloureux.

3° Le lymphadénome fait des tumeurs au niveau du cou ; mais la diffusion des lésions, leur bilatéralité permettra toujours le diagnostic.

4° Les tumeurs de la parotide ont pu être confondues avec un kyste congénital. Le kyste de la glande sera caractérisé par son siège spécial ; la tumeur mixte par son évolution bien particulière.

5° Les goîtres aberrants de la thyroïde peuvent créer des difficultés de diagnostic, surtout s'ils ne coïncident pas avec une hypertrophie de la glande. On se fondera pour ce diagnostic sur les notions étiologiques (pays à goître, hérédité) et, à la rigueur, sur la ponction.

6° Les kystes hydatiques musculaires ne pourront guère être distingués que par la ponction.

7° L'anévrysme de la carotide ou du tronc brachio-céphalique, se caractérise par les battements, l'expansion, la réductibilité et les signes d'auscultation.

8° Les tumeurs de la glande carotidienne sont impossibles à diagnostiquer cliniquement.

B. *Tumeurs congénitales.* — Le diagnostic ici devient plus délicat. Il s'agit de tumeurs pouvant exister à la

naissance et qu'il s'agit de séparer des kystes congénitaux.

1° La grenouillette congénitale est due à l'oblitération du canal de Warton. Généralement, son siège dans le plancher de la bouche, son volume, qui ne dépasse pas celui du petit doigt, suffisent à la distinguer. Dans quelques cas, du reste, la grenouillette n'est autre chose qu'un kyste congénital identique à ceux du cou (Jeanbrau).

2° Le lipome congénital est quelquefois très difficile à diagnostiquer d'avec un kyste ; la peau qui le recouvre prend cependant, lorsqu'on la plisse, un aspect gaufré particulier, qui est l'indice de son adhérence au derme. La ponction ici aussi peut être nécessaire.

3° L'angiome, non pas l'angiome cutané, mais l'angiome profond, pourra être très malaisé à reconnaître. On se basera sur la réductibilité presque complète de la tumeur angiomateuse, sur son augmentation de volume et de tension pendant les efforts. La ponction doit être employée en dernier ressort, dans les cas difficiles ; dans le cas d'angiome, elle donne issue à un liquide sanguin, dont l'écoulement est continu.

4° L'épithélioma branchiogène, enfin, peut être confondu avec un kyste congénital. On éliminera cette hypothèse en se fondant sur l'allure très aiguë de l'affection ; la tumeur, d'abord mobile, se fixant, s'ulcérant très vite, et donnant lieu à des phénomènes douloureux très pénibles dans le bras, l'oreille du côté correspondant.

II. Diagnostic différentiel. — Ainsi, nous sommes arrivé à admettre l'existence d'un kyste congénital. A quelle variété avons-nous affaire ?

Nous connaissons trop mal les caractères cliniques appartenant à chaque variété de kystes pour que ce diagnostic soit facile. En réalité, il faut l'avouer, on ne le fait généralement pas. Tout au plus peut-on dire qu'en face d'un kyste superficiel, on pensera plutôt à un kyste dermoïde. Pour les autres variétés de kystes, la confusion règne ; le diagnostic préparatoire est souvent entaché d'erreur. L'examen histologique seul permet des conclusions nettes.

CHAPITRE V

PRONOSTIC. — INDICATIONS OPÉRATOIRES

D'une manière générale, les kystes congénitaux du cou constituent une affection bénigne. Ils évoluent lentement sans s'accompagner ordinairement de complication, sans retentir sur l'état général.

C'est là la règle. Elle comporte des exceptions, et on a signalé des cas de kystes congénitaux qui se sont comportés comme des tumeurs malignes ; même dans un cas de Samter, une récidive survint après l'ablation de la tumeur et, à l'autopsie, on trouva des métastases néoplasiques dans l'appareil pleuro-pulmonaire et dans le foie.

Des cas semblables donnent raison à notre conception des kystes congénitaux considérés comme des tumeurs mixtes, comme des productions néoplasiques plus ou moins proches parentes du cancer.

C'est, ajoutée aux considérations tirées de l'esthétique, une raison de plus pour intervenir opératoirement.

Les indications opératoires varient un peu suivant :

1° *L'âge du sujet.* — Un tout jeune enfant n'est pas susceptible de supporter impunément les frais d'une opération sanglante. Il est préférable, en ce cas, de s'abste-

nir et d'attendre pour intervenir qu'il ait atteint l'âge de deux ans.

2° *Le sexe du sujet.* — Chez une fillette, en dehors des cas de nécessité urgente, il sera sage, surtout si le kyste est peu volumineux, d'être radical le moins possible, pour ne pas déterminer une cicatrice plus disgracieuse peut-être que le kyste ou la fistule.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement de choix consiste dans l'*extirpation complète*. Il s'applique à toutes les formes, fistulisées ou non. Il faut autant que possible enlever la poche sans la rompre ; naturellement, c'est le plus souvent impossible dans le cas d'adhérences.

Tous les autres procédés sont des moyens palliatifs à repousser. La ponction suivie d'injection de teinture d'iode est purement illusoire. On en peut dire autant de l'ignipuncture. Ce sont là méthodes aveugles, et le plus souvent inefficaces, qu'il ne convient d'appliquer que dans les cas où l'intervention sanglante est impossible.

CONCLUSIONS

1° Les kystes congénitaux de la région latérale du cou comprennent des tumeurs de types anatomiques divers, que l'on peut classer de la manière suivante :

a) Kystes uniloculaires : dermoïdes, mucoïdes, épithélio-lymphoïdes;

b) Kystes multiloculaires : kystes séreux congénitaux, kystes prétendus branchiogènes, kystes parathyroïdiens.

2° Leur pathogénie est jusqu'à présent mal connue. La théorie branchiale, — encore aujourd'hui classique, — faisait dériver des résidus de l'appareil branchial la plupart des kystes congénitaux, et notamment les dermoïdes, les mucoïdes, les épithélio-lymphoïdes, et les kystes dits branchiogènes. A côté de ce groupe prépondérant des kystes branchiogènes, on admettait l'existence de kystes d'origine lymphatique (kyste séreux congénital ou lymphangiome kystique), et de kystes d'origine thyroïdienne (kystes parathyroïdiens de Berger).

Actuellement, la théorie branchiale ne jouit plus de la même faveur. Depuis les travaux récents, on considère la presque totalité des tumeurs dites branchiogènes comme des tumeurs mixtes, sans aucun rapport avec les formations branchiales. Celles-ci, en effet, ne jouent qu'un rôle

insignifiant dans la formation du cou ; et, d'autre part, les kystes congénitaux, — y compris les kystes séreux, — présentent, avec les tumeurs mixtes des autres organes, d'étroites relations.

3° Au point de vue clinique, ce sont des tumeurs qui apparaissent pour la plupart, soit à la naissance, soit dans le jeune âge. Elles se manifestent sous l'aspect de tumeurs liquides de la région latérale du cou. Les symptômes fonctionnels auxquels elles peuvent donner lieu, proviennent des rapports qu'elles affectent avec les différents viscères de la région, sans leur appartenir en propre. Les kystes séreux congénitaux constituent la forme la plus intéressante au point de vue clinique.

La marche de l'affection est essentiellement lente et progressive.

4° Le diagnostic de ces kystes repose sur les constatations objectives, sur l'évolution et sur les résultats de la ponction employée en dernière analyse dans les cas difficiles. Le diagnostic est à faire avec toutes les tumeurs de la région latérale du cou. Les kystes congénitaux doivent surtout être soigneusement séparés des tumeurs mixtes de la parotide et des épithéliomas branchiogènes, dont l'évolution rapide et maligne est bien différente de la leur. A ce diagnostic s'attache une grosse importance pronostique.

Quant au diagnostic de la variété anatomique, il se fait surtout par l'examen histologique des pièces.

5° Malgré la bénignité ordinaire de l'affection, l'extirpation complète du kyste est indiquée dans presque tous les cas. Elle sera pratiquée de préférence au cours de la deuxième année.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. — Bulletin Société Anatomique, 1882.

Arrou. — Article in Traité chirurgie de Le Dentu et Delbet, 1898.

Berger. — Communication au Congrès de chirurgie, 1897 : Epithéliomas branchiogènes et épithéliomas aberrants de la thyroïde (épithéliomas parathyroïdiens).

Broca. — Article in Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, 1898.

Estor et Massabuau. — Revue de Chirurgie, 10 septembre 1908 : Les prétendus kystes branchiogènes multiloculaires du cou.

Ferry. — Thèse Montpellier, 1907, numéro 61 : Contribution à l'étude des kystes congénitaux du cou. Kystes dermo-lymphoïdes.

Forgue. — Précis de Pathologie externe, 1906.

Forgue et Massabuau. — Province Médicale, 15 février 1908 : Comment se pose actuellement la question des tumeurs branchiogènes du cou.

— Province Médicale, 20 février 1909 : A propos d'un kyste prémaxillaire de la région naso-génienne (les kystes épithélio-lymphoïdes).

Heusinger. — Archiv. phys., p. 184, t. XXXIII.

Jeanbrau. — Soc. Anatom., juin 1900 : Du tissu lymphoïde dans les kystes dermoïdes du cou.

Kirmisson. — Maladies chirurgicales d'origine congénitale, 1898.

Lannelongue et Achard. — Kystes congénitaux, 1886.

Lantzmann. — De quelques cas de kystes congénitaux du cou. Th. Nancy, 1909, numéro 9.

Le Gland. — Th. de Lille, 1908 : Contribution à l'étude des kystes congénitaux du cou, contenant dans leur paroi du tissu lymphoïde.

Martin. — Les kystes du canal thyro-lingual. Th. Paris, 1895, numéro 84.

Pilliet. — Deux cas de kystes dermo-lymphoïdes du cou. Bulletin Soc. Anat. de Paris, 1889, série 5.

Terrier et Lecène. — Les kystes branchiaux du cou à structure amygdaloïde. Rev. de Chir., 1905, t. XXXII.

Veau. — Th. Paris, 1900-01. numéro 204 : L'épithélioma branchial du cou.

Vialleton. — Sur le rôle topographique des arcs viscéraux et la formation du cou, 1908.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 juillet 1911.
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 24 juillet 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !